

Untersuchungsantrag	Telefon/Fax	Datum	Uhrzeit
----------------------------	-------------	-------	---------

Medizinisches Versorgungszentrum Venusberg - Zentrum für Kinderpathologie und Zentrum für Pathologie

Leitung: Prof. Dr. med. Annette M. Müller

Sigmund-Freud-Straße 25, 53127 Bonn
Befundsauskunft: ☎ 02 28/2 87 - 16 487

(Mo. - Fr. 8.30 bis 16.00 Uhr)
Fax: 02 28/2 87 - 90 -16487

Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Dat.: _____
Straße: _____
PLZ: _____ Ort: _____

Kostenträger:
 Regelleistung Wahlleistung Selbstzahler §116 b
 ambulant stationär Kasse: _____

Art und Entnahmestelle des Materials:

Ösophagus prox. Ösophagus Mitte Ösophagus distal Corpus
 Antrum Duodenum BAL ja nein

Dauer der Erkrankung, bisherige Befunde:

Anamnese, Dauer der Erkrankung, bisheriger Verlauf:

Laborbefunde:

Organbezogene Laborwerte:

Spezielle Fragestellungen:

Refluxösophagitis Zytologie
 Eosinophilie Öltrot
 Gastritis CD4/CD8-Ratio
 Duodenitis sonstiges: _____

Vorbehandlung mit:

Absender:

Vorbefund-Nummer:

Infektiöses Material?

nein HBV HCV TBC HIV Sonstiges: _____

Bei Eilbefunden zwingend markieren!

Schnellschnitt (sofortige Befundung)

Eilt (Befundung am nächsten Morgen)

Tel.-Nr. für Befunddurchsage:

0228/287-13039 oder 0228/287-16487

Schnellschnitt - Diagnose:

Übermittelt an: _____

Datum: _____ Uhrzeit: _____

Sonderfärbungen:

AP	N	EP	BL	Material
Formalin-fixiert	Nativ	Abrechnung		

_____ den _____

Unterschrift eines Arztes
Arztstempel/Tel.Nr.

Zusätzliche Übermittlung des Gutachtens erbeten an:

Versandmaterial erwünscht?